

Sara Filipa Paquete Franco

As dificuldades dos cuidadores do doente alectuado no domicílio

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2012

Sara Filipa Paquete Franco

As dificuldades dos cuidadores do doente alectuado no domicílio

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2012

As dificuldades dos cuidadores do doente alectuado no domicílio

Sara Filipa Paquete Franco

Projeto de Graduação apresentada à Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para obtenção de
grau de licenciado em enfermagem

“...cuidar é ajudar a viver, voltar a dar vida, permitir às pessoas doentes ou idosas viverem a sua morte (em vez de deixarem morrer a sua vida), isso faz-se dando a sua própria vida.”

Marie- Françoise Collière – 2001

In – Cuidar...A primeira Arte da Vida

RESUMO

O tema do estudo é “As dificuldades dos cuidadores do doente alectuado no domicílio”., e teve como objetivos identificar os principais cuidados prestados pelos cuidadores ao doente dependente, conhecer os agentes formadores dos cuidadores informais, identificar dificuldades dos cuidadores informais.

Não sendo a idade biológica um indicador preciso das alterações que acompanham o envelhecimento, a probabilidade de experimentar graves incapacidades físicas e cognitivas aumentam significativamente nas idades mais avançadas e o grupo dos «mais idosos» é o que tem evidenciado o mais rápido crescimento, em Portugal e no Mundo (WHO, 2002).

Também a doença não é sinónimo de envelhecimento, mas alguns estudos utilizando uma metodologia longitudinal, como os de (Ermida, 1999; Hall,MacLennan e Lye, 1997) confirmam o aumento exponencial da doença com a idade. São habitualmente doenças de longa duração, denominadas doenças crónicas, que não sendo exclusivas das pessoas idosas, são efetivamente estas que têm maior probabilidade de as sofrer (Ribeiro, 2005). Segundo este autor, estas doenças têm que ser geridas, dado que não são curáveis, pelo que neste contexto o idoso/ família têm de aprender a conviver com elas no seu quotidiano.

Tipo de estudo: qualitativo, amostragem por redes, dados colhidos através de entrevista semi – estruturada, e tratamento de dados por análise de conteúdo.

Neste estudo pôde-se verificar que a totalidade das entrevistadas eram do sexo feminino e possuíam um grau de escolaridade baixo.

Verificou-se ainda que os cuidados prestados ao doente alectuado que têm ao seu encargo são os cuidados de higiene, alimentação e medicação. Uma das entrevistadas referiu o carinho como um cuidado a ser prestado.

Em relação ao impacto que esta atividade de cuidadoras tem na vida das mesmas todas referiram desgaste a nível físico e psicológico, nomeadamente cansaço e falta de tempo para elas mesmas.

ABSTRACT

The theme of the study is "The difficulties of the patient's caregivers bedridden at home.", and aimed to identify the main care provided by caregivers to patient dependent, knowing the formers informal caregivers, informal caregivers identify difficulties.

Not being the biological age of an accurate indicator of the changes that accompany aging, the likelihood of experiencing severe physical and cognitive disabilities significantly increases at older ages and the group of 'older' is what has shown the fastest growth in Portugal and in the World (WHO, 2002).

Also the disease is not synonymous with aging, but some studies using a longitudinal methodology, such as (Chapel, 1999; Hall, MacLennan and Lye, 1997) confirm the exponential increase of the disease with age. Diseases are usually long term, called chronic diseases which are not unique to the elderly, those that are actually more likely to suffer the (Ribeiro, 2005). According to this author, these diseases must be managed, because they are not curable, so in this context the senior / family must learn to live with them in their daily lives.

Type of study: qualitative sampling worst networks, data collected through semi - structured data processing and content analysis.

In this study it could be verified that all the respondents were female and had a low level of education.

It was also found that the care provided to patients who have bedridden to his charge are hygienic, food and medication. One of the interviewees mentioned the affection as a care being provided.

Regarding the impact this activity has on the lives of caregivers all reported wear the same physical and psychological level, including fatigue and lack of time for themselves.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os professores que estiveram envolvidos no meu processo de formação ao longo destes quatro anos, especialmente à professora Manuela Guerra, que foi minha orientadora neste projeto. A ela um enorme obrigada pela disponibilidade e pelo incentivo.

Agradeço também à minha família e aos meus amigos que foram de grande importância e sempre estiveram presentes e torceram pelo meu sucesso.

A todos o meu muito obrigada

ÍNDICE	Página
0 – INTRODUÇÃO	11
I – FASE CONCEPTUAL	13
1.1 – Justificação do tema	13
1.2 – Pergunta de partida	14
1.3 – Objetivos do estudo	14
1.4 – Revisão bibliográfica	15
i.iv.i – Envelhecimento	15
i.iv.ii – Conceito de dependência	16
i.iv.iii – Cuidador	18
i.iv.iv – Dificuldades do cuidador informal	20
i.iv.v - A importância do enfermeiro na educação para a saúde	23
II – FASE METODOLÓGICA	27
2.1 – Considerações éticas	27
2.2 – Desenho da investigação	28
2.3 – Tipo de estudo	28

2.4 – População	29
2.5 – Amostra	29
2.6 – Processo de amostragem	30
2.7 – Instrumento de Recolha de Dados	30
2.8 – Pré-teste	31
2.9 – Recolha de Dados	31
2.10 – Tratamento de dados	32
III – FASE EMPÍRICA	34
3.1 – Apresentação de Resultados	34
3.2 – Discussão de resultados	45
IV – CONCLUSÃO	47
BIBLIOGRAFIA	49
ANEXOS	
ANEXO I – Consentimento Informado	
ANEXO II – Guião de Entrevista	

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro n.º 1 – Distribuição da amostra quanto à idade

Quadro n.º 2 – Distribuição da amostra quanto à escolaridade

Quadro n.º 3 – Grau de parentesco do cuidador

Quadro n.º 4 – Cuidados prestados diariamente pelo cuidador

Quadro n.º 5 – Aprendizagem e aquisição de conhecimentos para prestação de cuidados

Quadro n.º 6 – Dificuldades sentidas na prestação de cuidados

Quadro n.º 7 – Instituição a que recorre em caso de dificuldade

Quadro n.º 8 – Qualidade da resposta dada pelo Centro de Saúde

Quadro n.º 9 – Impacto na saúde do cuidador

0 – INTRODUÇÃO

Este trabalho foi realizado no âmbito da unidade curricular Projeto de Graduação, inserida no plano de estudos da licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, com a finalidade de obtenção do grau de licenciatura.

O tema do estudo é “As dificuldades dos cuidadores do doente alectuado no domicílio”.

O tema escolhido decorreu da existência de situações, em ensino clínico, de idosos dependentes do cuidado de terceiros apresentavam úlceras de pressão, algumas delas com sinais de infeção e membros anquilosados.

Não sendo a idade biológica um indicador preciso das alterações que acompanham o envelhecimento, a probabilidade de experimentar graves incapacidades físicas e cognitivas aumentam significativamente nas idades mais avançadas e o grupo dos «mais idosos» é o que tem evidenciado o mais rápido crescimento, em Portugal e no Mundo (WHO, 2002).

Também a doença não é sinónimo de envelhecimento, mas alguns estudos utilizando uma metodologia longitudinal, como os de (Ermida, 1999; Hall, MacLennan e Lye, 1997) confirmam o aumento exponencial da doença com a idade. São habitualmente doenças de longa duração, denominadas doenças crónicas, que não sendo exclusivas das pessoas idosas, são efetivamente estas que têm maior probabilidade de as sofrer (Ribeiro, 2005). Segundo este autor, estas doenças têm que ser geridas, dado que não são curáveis, pelo que neste contexto o idoso/ família têm de aprender a conviver com elas no seu quotidiano.

Os objetivos definidos para este estudo foram, identificar os principais cuidados prestados pelos cuidadores ao doente dependente, conhecer os agentes formadores dos cuidadores informais, identificar dificuldades dos cuidadores informais. Como

instrumento de recolha de dados foi utilizada a entrevista semi – estruturada e aplicada a quatro cuidadoras, no período de 28 de Maio de 2012 a 8 de Junho de 2012.

Este trabalho está dividido em seis partes, a introdução, a fase concetual, a fase metodológica, a fase empírica, a discussão dos resultados e a conclusão.

No decorrer deste estudo pôde-se verificar que a totalidade das entrevistadas eram do sexo feminino e possuíam um grau de escolaridade baixo.

Verificou-se ainda que os cuidados prestados ao doente alectuado que têm ao seu encargo são os cuidados de higiene, alimentação e medicação. Uma das entrevistadas referiu o carinho como um cuidado a ser prestado.

Em relação ao apoio que possuem da parte dos profissionais de saúde algumas referiram que se sentiam apoiadas.

Por fim, em relação ao impacto que esta atividade de cuidadoras tem na vida das mesmas todas referiram desgaste a nível físico e psicológico, nomeadamente cansaço e falta de tempo para elas mesmas.

I – FASE CONCEPTUAL

Qualquer investigação tem por ponto de partida uma situação considerada problemática, isto é, que causa um mal-estar, uma inquietação, e que por consequência, exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado (Fortin, 1999 p. 48).

1.1 – Justificação do tema

Este tema foi escolhido pois no contexto clínico deparamo-nos com situações em que idosos que estavam dependentes do cuidado de terceiros apresentavam úlceras de pressão, algumas delas com sinais de infeção e membros anquilosados.

Não sendo a idade biológica um indicador preciso das alterações que acompanham o envelhecimento, a probabilidade de experimentar graves incapacidades físicas e cognitivas aumentam significativamente nas idades mais avançadas e o grupo dos «mais idosos» é o que tem evidenciado o mais rápido crescimento, em Portugal e no Mundo (WHO, 2002).

Também a doença não é sinónimo de envelhecimento, mas alguns estudos utilizando uma metodologia longitudinal, como os de (Ermida, 1999; Hall, MacLennan e Lye, 1997) confirmam o aumento exponencial da doença com a idade. São habitualmente doenças de longa duração, denominadas doenças crónicas, que não sendo exclusivas das pessoas idosas, são efetivamente estas que têm maior probabilidade de as sofrer (Ribeiro, 2005). Segundo este autor, estas doenças têm que ser geridas, dado que não são curáveis, pelo que neste contexto o idoso/ família têm de aprender a conviver com elas no seu quotidiano.

1.2 – Pergunta de partida

A questão de investigação é o primeiro e vital passo do processo de investigação.

Para Lewis & Pamela (1987) uma questão de investigação é aquela que explicita precisamente a área de investigação.

Para enfatizar, consideramos que a questão é, ou as questões de investigação são a “metade do trabalho” de um cientista. Um cientista é aquele que sabe formular questões interessantes e profundas sobre sua área de trabalho e estabelecer relações com outras áreas e com o mundo.

As questões de investigação são os guias que orientam o tipo de informação necessária, como a recolha de informação deve ser feita e define a abrangência do corpus de dados para a resolução de um problema.

Assim definiu-se como pergunta de partida:

Quais as dificuldades dos cuidadores informais do doente alectuado no domicílio?

1.3 – Objetivos do estudo

Segundo Fortin (2009, pág. 160), “ (...) enunciado do objectivo de investigação deve indicar de forma clara e límpida qual é o fim que o investigador persegue. Ele especifica as variáveis – chave, a população junto da qual serão recolhidos dados e o verbo de acção que serve para orientar a investigação.”

Os objetivos definidos para este estudo foram, identificar os principais cuidados prestados pelos cuidadores ao doente dependente, conhecer os agentes formadores dos cuidadores informais, identificar dificuldades dos cuidadores informais.

1.4 - Revisão bibliográfica

Como refere Fortin (1999, pág. 74) acerca da revisão da literatura:

“(...) pode fazê-lo com o objetivo de delimitar um domínio de investigação. A leitura de artigos sobre diversos temas pode contribuir para gerar questões de investigação; pode permitir-lhe conhecer as correntes conceptuais e teóricas, assim como os métodos de investigação utilizados no quadro dos trabalhos anteriores. (...) Determinar o grau de avanço dos trabalhos de investigação num domínio preciso de investigação e determinar novas vias a explorar”.

De acordo com Fortin (2009, pág. 87), “ (...) ela permite estabelecer em que medida um dado tema foi já tratado, de modo a que o estudo empreendido se possa justificar.”

i.iv.i – Envelhecimento

Desde o nascimento a vida desenvolve-se de tal forma que a idade cronológica passa a ser definida pelo tempo que avança. E o tempo fica definido como uma sinonímia para uma eternidade quantificada, ou seja, uma cota. Desta forma, o homem e o tempo influenciam-se mutuamente, produzindo profundas mudanças nas subjetividades e diferentes representações que lhe permitem lidar com a questão temporal (Goldfarb, 1998).

As limitações corporais e a consciência da temporalidade passam a ser problemáticas fundamentais no processo do envelhecimento humano, e aparecem de forma reiterada no discurso dos idosos, embora possam adquirir diferentes nuances e intensidades dependendo da sua situação social e da própria estrutura psíquica (Goldfarb, 1998).

Coles (1996) observa que a definição de envelhecimento já passou por vários conceitos, entre elas destaca cinco. A primeira é uma definição apologista de que o envelhecimento é a nossa inabilidade para fugir da morte; assim o ser humano busca explicações simplistas para responder ao questionamento do envelhecimento sem, entretanto, aprofundar-se no assunto.

A segunda é a definição intuitiva que considera o envelhecimento como tudo o que passa por muitos anos de vida e morre.

Para este autor a terceira definição de envelhecimento provém da Grécia antiga onde era compreendido como uma doença resultante da instabilidade de quatro humores representados pelo sangue, catarro, bílis amarela e bílis negra.

A quarta definição aponta o envelhecimento como um processo biológico natural responsável por alterações no funcionamento do organismo, que conduzem à mensurável perda da capacidade adaptativa de resposta ao ambiente diante do stresse e de doenças crónicas.

A quinta definição, citada por Coles, contém parte da teoria evolucionista de Michael Rose, para quem o envelhecimento é o resultado da entropia que interfere no mecanismo homeostático do ser humano, portanto uma geração continua a viver na seguinte através da herança genética.

Apesar do envelhecimento não ser sinónimo de doença, ocorrem alterações anatomopatológicas que são, segundo Tauchi (1998, pág. 90), subdivididas em três grupos:

(...) alterações decorrentes do envelhecimento que ocorrem naturalmente com o passar do tempo (“aging”); alterações que surgem em decorrência das várias condições patológicas que ocorrem ao longo da vida do indivíduo (sequelas de doenças); alterações patológicas que surgem mais facilmente em indivíduos idosos (não em todos).

i.iv.ii – Conceito de dependência

Uma pessoa dependente é aquela que necessita de transferir para terceiros as atividades tendentes à satisfação das “necessidades humanas básicas”, no contexto de uma doença crónica, incapacidade ou deficiência (Vilão, 1995).

Segundo Kozier et al. (1993), dependência entende-se pela incapacidade de o indivíduo alcançar um nível aceitável de satisfação das suas necessidades, pelo facto de não ter capacidade em adotar comportamentos ou realizar tarefas sem ajuda de outros.

A dependência física pode refletir-se ao nível da marcha, da circulação, da higiene, da alimentação.... Os estados físicos e mentais são abalados, podendo ocorrer uma perda de visão, da audição, da fala, do reconhecimento, da orientação e do estado de espírito (Vilão, 1995).

A dependência só por si representa um problema para a pessoa doente. É necessária uma distinção entre a doença e as suas consequências sobre a vida quotidiana, e uma análise da especificidade das diferentes patologias e dos fatores de risco em relação à saúde (Vilão, 1995).

Segundo Bris (1994), todos os relatórios nacionais no espaço europeu são unânimes a evidenciar que a predominância das situações de dependência prendem-se com alterações a nível do aparelho osteoarticular, respiratório e cardiovascular, e que o efeito incapacitante aumenta muito com idades avançadas, explicando-se assim a concentração nestas idades de um aumento das despesas de saúde e necessidade de cuidados.

O grau de dependência pode ser medido através de escalas que determinam as capacidades e a incapacidade do doente. Existem várias de diversos autores e adaptadas a situações patológicas mais ou menos específicas. A escala de Karnofsy (cit.in Vilão, 1995) é organizada hierarquicamente e possui cinco graus distintos:

- Capacidade para o normal desempenho das atividades sem qualquer restrição;
- Limitação na atividade física normal, mas consegue realizar trabalhos ligeiros;
- Incapacidade para o trabalho normal, mas consegue dar resposta às necessidades pessoais;

- Limitação de algumas necessidades pessoais, encontra-se acamado mais de 50% do tempo;
- Invalidez completa, em que o paciente se encontra acamado a 100%.

i.iv.iii – Cuidador

Cuidar é então por natureza um ato inerente à condição humana (Leite, 2006), uma vez que à medida que vamos ultrapassando as grandes etapas do ciclo vital vamos sendo alvo de cuidados ou prestadores dos mesmos. Este ato de prestação de cuidados é uma experiência única e singular (Aneshensel et al., 1995, cit. in Leite, 2006), vivenciada de um modo personalizado e mais ou menos dificultado, dependendo ainda da interação dinâmica entre um conjunto de variáveis (Leite, 2006), evidenciando-se entre estas as características pessoais do cuidador e da pessoa alvo dos seus cuidados.

Neste contexto, torna-se cada vez mais necessário um apoio consistente e integrado a estes indivíduos, quer por parte dos profissionais de saúde, quer por parte dos seus familiares. Estes, são cada vez mais chamados e orientados para colaborar na continuidade da prestação dos cuidados, passando a realizar um conjunto de tarefas que até então tinham sido desempenhadas pelos profissionais dos serviços de saúde (Santos, 2004).

Pelo que se acabou de referir, é fácil compreender a emergência e o progressivo interesse científico sobre os conceitos de cuidador, cuidador formal e cuidador informal. Tentando distinguir estes conceitos, a designação de cuidador informal surge por contraste à de cuidador formal. Entende-se como cuidador formal o profissional de saúde que assume formalmente o exercício de uma profissão, pela qual optou de livre vontade e para a qual teve preparação académica e profissional. Já o cuidador informal é concebido como o familiar ou amigo que é solicitado a assegurar a maior parte dos cuidados que o doente requer quando retorna ao seu contexto familiar (Anderson, Linto, & Stewart-Wynne, 1995; Elmtâhl, Malmberg, & Annerstedt, 1996, cit. in Santos, 2004; Schulz & Quittner, 1998).

A família costuma ser a principal origem do cuidador e as mulheres adultas e idosas preponderam nestes cuidados. Porém, há também registros de cuidadores masculinos e de crianças e adolescentes. Sabe-se, também, que algumas situações costumam determinar esta escolha: proximidade parental (esposas e filhas), proximidade física, proximidade afetiva e o fato de ser mulher (Ciro Augusto Floriani, 2004).

O apoio informal assume um papel primordial, especialmente aquele que é assegurado pela família. Um inquérito recente efectuado na União Europeia (European Commission, 1999) refere que dois terços dos cuidados aos idosos são prestados por familiares. Mesmo nos países em que os serviços formais asseguram proporções consideráveis de cuidados, estes não substituem o papel da família (Kroger, 2001). Esta mantém-se a célula base de referência das sociedades modernas.

Embora esteja a cargo da família a função de cuidar do idoso dependente, tende a ser assumida no contexto familiar por uma única pessoa, denominada cuidador informal familiar principal, quase sempre realizada pelos elementos do sexo feminino. Podemos referir que o contributo dos cuidadores informais se torna fundamental para a prestação de cuidados ao idoso dependente no domicílio com necessidades de incentivos e de ajuda (Luís Ricarte, 2009).

Cuidar de idosos dependentes pode acarretar angústia, solidão, tensão, tristeza, alterações no bem-estar do cuidador a nível da sua saúde, da vida social, da disponibilidade económica, da rotina familiar, do desempenho profissional, levando ao aparecimento de níveis elevados de sobrecarga (Luís Ricarte, 2009).

Karsch (1991), ao tratar da temática atendimento domiciliário e do que se encontra na literatura sobre vida privada, pública e social, relata: no que se denominou de atividades da esfera privada, encontram-se aquelas ligadas à manutenção da vida; ao homem cabia a manutenção ligada à busca de alimentos e abrigos adequados quando necessários, e às mulheres a sobrevivência da espécie pelos cuidados da saúde. Ainda na atualidade esta divisão de atividades na esfera privada não mudou muito, pois cabe às mulheres, no contexto familiar, definir e realizar aquelas atividades da vida diária dirigidas às pessoas

doentes ou carentes de cuidados. Silva (1991) acredita ser a mulher o elo focal dentro da rede social dos grupos familiares, a condutora nas decisões elementares de tratamento e cuidado durante as doenças ou acontecimentos considerados limítrofes ou de transição no ciclo da vida. Ou seja, a mulher continua sendo a maior responsável, pelo menos em nossa cultura, pelo processo de cuidar.

i.iv.iv – Dificuldades do cuidador informal

A sobrecarga do Cuidador Informal, segundo Braithwaite (1992), é uma perturbação resultante do lidar com a dependência física e a incapacidade mental do indivíduo alvo da atenção e dos cuidados. A autora descreve o processo de cuidar de um familiar idoso e/ou dependente como contínuo e quase sempre irreversível, comportando cinco situações de crise: consciência da degeneração, imprevisibilidade, limitações de tempo, relação afetiva entre cuidador e sujeito alvo dos cuidados e a falta de alternativas de escolha.

A situação de doença prolongada de um familiar representa pois uma situação de crise geradora de stress, uma ameaça ao equilíbrio do normal funcionamento pessoal, familiar e social (Moos, 1982). Perante situações adversas, e na ausência de mecanismos de resolução de problemas imediatos, o cuidador informal fica sujeito a uma situação problemática, que pode conduzir a um estado de desorganização psicossocial, frequentemente acompanhado de sentimentos negativos como medo, culpa e ansiedade.

E isto é fácil de constatar, seja no cuidado leigo, em que mães, tias, avós, netas realizam as tarefas necessárias ao bem-estar da família (do nascimento à morte), no cuidado popular com as benzedadeiras, curandeiras e parteiras, e no âmbito profissional com a Enfermagem, profissão que mais está relacionada com o cuidado, profissão maioritariamente feminina (LIMA, 1993).

Desta relação de cuidados e mulheres, vemos a enfermeira, enquanto profissional atuante, por meio da visita e do atendimento domiciliário, realizar assistência à saúde junto às pessoas, à família e à comunidade. Sem dúvida cuidadores leigos e pessoas

cuidadas podem beneficiar com esse recurso adotado desde o período pré – cristão ou pré – científico, segundo Mazza (1994), e que inicialmente possuíam um enfoque puramente caritativo. A enfermeira, entre outros profissionais da saúde, está na posição mais indicada para promover e orientar o cuidado diário e a manutenção dos idosos fragilizados em condições de vida mais satisfatória possível, em parceria com os cuidadores leigos: familiares, amigos, vizinhos, voluntários ou pessoas contratadas. Ela pode desenvolver aqui a função de apaziguador em conflitos e problemas de ordem familiar, bem como diagnosticar com maior objetividade as necessidades de saúde entre pessoas cuidadas e cuidadoras. Como dificilmente teremos profissionais suficientes para o atendimento diário de todas as pessoas que se encontram doentes nos seus domicílios, a orientação e acompanhamento dos cuidadores leigos é uma modalidade de prática que precisa ser mais bem avaliada.

Given&Given (1991), afirmam que a trajetória do processo de cuidar de um membro idoso fragilizado, no seio familiar, é pontuada de muitas dificuldades. No caso do cuidador: exaustão física e mental, deterioração da saúde, conflitos relacionais intrafamiliares, exaustão de recursos materiais e econômicos; no caso do idoso: insensibilidade às suas reais necessidades e expectativas, maltrato, abandono, sendo que muitas vezes o cuidador atua como um stressador, um dos responsáveis pela diminuição da qualidade de vida entre outras dificuldades.

O termo «sobrecarga» (*burden*) é utilizado na literatura gerontológica para descrever os efeitos negativos da tarefa de cuidar no cuidador. Embora a sua definição não seja consensual, é frequente distinguir-se duas dimensões da sobrecarga (Vitaliano, Young e Russo, 1991; Kinney, 1996; Kinsella *et al.*, 1998): a objetiva e a subjetiva. A objetiva refere-se à exigência dos cuidados prestados mediante a gravidade e tipo da dependência e comportamento do doente, às consequências ou impacto nas várias dimensões da vida do cuidador (familiar, social, económica, profissional). A sobrecarga subjetiva resulta das atitudes e respostas emocionais do cuidador às exigências do cuidar. Ou seja, evoca a perceção do cuidador acerca da repercussão emocional das exigências ou problemas associados à prestação de cuidados.

Pearlin *et al.* (1990; Aneshensel *et al.*, 1995) apelidam a dimensão subjetiva da sobrecarga de «sobrecarga do papel» (*role overloaded*), isto é, a experiência interna do indivíduo se sentir sobrecarregado pelas exigências e responsabilidades do seu papel de cuidador. A investigação tem demonstrado que a dimensão subjetiva da sobrecarga constitui um forte preditor do bem-estar, contrariamente à objetiva (Zarit, Reever e Bach-Peterson, 1980; Vitaliano, Young e Russo, 1991; Kinsella *et al.*, 1998).

Este fenómeno resulta da constatação de nem todas as pessoas expostas à mesma sobrecarga objetiva (por exemplo, mesmas horas de cuidados, mesmo tipo de cuidados) sentem subjetivamente essa sobrecarga. Ou seja, o modo como os cuidadores experienciam subjetivamente as exigências não é inteiramente determinado pelas condições objetivas da prestação de cuidados.

As consequências da prestação de cuidados sobre o cuidador familiar têm sido descritas em termos de mal – estar psicológico (ansiedade, depressão) (Schulz e Williamson, 1991; Dura, Kiecolt-Glaser e Stukenber, 1991; Ory *et al.*, 1999; Cluff e Binstock, 2001) e de morbilidade física (e.g., sistema imunitário debilitado, perceção desfavorável do estado de saúde, incidência elevada de doenças crónicas, cansaço físico) (Kiecolt-Glaser *et al.*, 1987; Haley *et al.*, 1996; Thompson e Gallagher-Thompson, 1996; Parks, 2000). Alguns estudos têm demonstrado que quando se comparam cuidadores familiares de idosos com pessoas que não têm essa responsabilidade, os primeiros percecionam a sua saúde como sendo pior (Thompson e Gallagher-Thompson, 1996) e têm mais doenças crónicas e uma pior saúde global (Haley *et al.*, 1996).

Considerando que a figura do cuidador familiar representa um elemento crucial na prestação de cuidados ao idoso, mas que essa responsabilidade pode constituir uma ameaça à sua saúde, debilitando-a, então o risco de institucionalização do idoso dependente aumenta (Vitaliano, Young e Zhang, 2004) e o cuidador familiar corre o perigo de se tornar em mais um paciente do sistema (WHO, 2002; Garrido e Menezes, 2004). Assim, avaliar a forma como os cuidadores familiares perspetivam o seu estado de saúde e o modo como este se relaciona com a sobrecarga do seu papel enquanto cuidadores é fundamental para a continuidade da disponibilidade familiar: alerta para a

necessidade de um reconhecimento crescente do cuidador como «paciente oculto» e permite pensar na necessidade de formas de intervenção adequadas.

i.iv.v – A importância do enfermeiro na educação para a saúde

A promoção da saúde em geral e a Educação para a Saúde em particular, devem ser encaradas como tarefas de cidadania organizadas, em que se verifique a participação ativa dos cidadãos. Não obstante esta necessidade de participação coletiva, os enfermeiros desempenham um papel relevante enquanto agentes de Educação para saúde.

Após Alma-Ata e do período de questionamento do modelo biomédico que se lhe seguiu e procurou esclarecer que o centro da atenção da enfermagem deve estar voltado para a promoção da saúde e prevenção da doença na pessoa vista como um todo, inserida na família e comunidade e interagindo com os profissionais de saúde (CARVALHO e CARVALHO, 2006), a educação para a saúde tornou-se cada vez mais importante na enfermagem (LASH, 1990), profissão que na área da saúde tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, 1998).

Neste sentido, o papel do enfermeiro passa por possibilitar a autonomia, criar oportunidades, reforçar convicções e competências, respeitando as decisões e os ritmos de aprendizagem dos utentes, num processo de crescimento e desenvolvimento. Todo o enfermeiro deve ser, por inerência das suas funções, um educador para a saúde.

Nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2001) definidos pela Ordem dos Enfermeiros, é salientada a importância do desempenho do papel de agente de educação para a saúde ao referir-se que na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial

de saúde, através de: Identificação da situação de saúde da população e dos recursos do utente/família e comunidade; Criação e aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis identificados; Promoção do potencial de saúde do utente através da otimização do trabalho adaptativo aos processos vitais, crescimento e desenvolvimento; e fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo utente.

A educação para a saúde implica transmitir informação de forma compreensível para a população. Os educadores eficientes também se concentram em dar o feedback e a avaliação apropriados a fim de estimular a aprendizagem (HOCKENBERRY, WILSON e WILKENSTEIN, 2006). Não basta a simples transmissão de informação científica e técnica, culturalmente neutra. É necessária uma verdadeira interpretação da cultura dos indivíduos, considerando os seus conhecimentos prévios, valores e comportamentos (CARVALHO e CARVALHO, 2006), numa sequência de intervenções vão desde: identificar o que o utente pretende saber, determinar o que o utente pretende aprender, entender a motivação e aptidão para aprender, colher os dados do utente, família e comunidade, tendo em atenção os fatores de aprendizagem, avaliar os dados de forma a identificar as necessidades de aprendizagem, incentivar e promover a participação do utente no processo de aprendizagem e ajudar no estabelecimento de prioridades de aprendizagem do utente (PACHECO e CUNHA, 2006).

Torna-se claro que os enfermeiros necessitam de diferentes tipos de competências para um efetivo desempenho do papel de agentes de educação para a saúde. De entre as competências específicas definidas por LASH (1990) destacam-se:

- Escutar activamente os indivíduos e identificar quais as suas convicções acerca da saúde;
- Criar uma relação de ajuda;
- Criar interesse e entusiasmo pelo bem-estar dos utentes;

- Participar com os indivíduos no processo de tomada de decisões;
- Ajudar a clarificar as escolhas à disposição dos utentes;
- Desenvolver as suas próprias capacidades de comunicação e aconselhamento;
- Conferir autoridade quer a si próprios, quer aos utentes;
- Conseguir que os utentes respondam e se adaptem aos desafios e obstáculos que encontrem.

Posteriormente, AMADO e outros (1999) acrescentam que, com base na sua formação e para otimizar a sua função enquanto agente educador, o enfermeiro deve ser imparcial, deve saber escutar, saber dar suporte, saber guiar, respeitar crenças, valores e atitudes dos utentes, assim como respeitar a autonomia de cada pessoa.

Recorrendo ao léxico da Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS, 2005), é possível fazer uma reflexão acerca do que deve caracterizar o enfermeiro em educação para a saúde. Assim, é primordial saber Interpretar, isto é, compreender as necessidades de saúde da população. Para tal, não basta Informar, ou seja, comunicar alguma coisa ao doente/família. É essencial Educar, ou transmitir conhecimentos pertinentes para a saúde do doente/família, sendo para tal, necessário dar as informações sistematizadas, ou Ensinar. Contudo, é também importante fornecer a informação sistematizada integrando-a no devido contexto, ou seja, Instruir, de modo a Permitir, ou dar uma oportunidade ao doente/família, de Otimizar a sua saúde, ou seja, obter os melhores resultados em termos de saúde.

Neste contexto, assume primordial importância o facto de tornar as coisas compreensíveis e claras, ou Explicar, através do Orientar que é dirigir o doente/família para as melhores decisões relacionadas com a saúde, e também Aconselhar ou, através

do diálogo, capacitar os indivíduos a tomar as suas próprias decisões. Para tal, o enfermeiro deve Colaborar, isto é, trabalhar em conjunto com o doente/família, pois só assim consegue Estimular, ou incitar os indivíduos a adotar comportamentos saudáveis.

II – FASE METODOLÓGICA

“A fase metodológica operacionaliza o estudo, precisando o tipo de estudo, as definições operacionais das variáveis, o meio onde se desenrola o estudo e a população” (Fortin, 1999 p. 108).

2.1 – Considerações éticas

Os trabalhos de investigação devem respeitar as normas internacionais ético-legais.

Segundo Fortin (1999, pg.114), a ética “significa a avaliação crítica e a reconstituição dos conjuntos de preceitos e de leis que regem os julgamentos, as ações e as atitudes no contexto de uma teoria no âmbito da moralidade”.

Para a participação num determinado estudo, o consentimento deve ser legal e obtido de forma livre e esclarecida, que implica informar os intervenientes acerca dos elementos do estudo. As informações fornecidas referem-se a uma descrição do estudo, aos objectivos, às técnicas utilizadas para a colheita de dados, assim como esclarecer as dúvidas apresentadas pelos sujeitos e garantindo a confidencialidade das respostas obtidas (Fortin, 1999).

Os direitos da pessoa devem ser absolutamente protegidos nos protocolos de investigação envolvendo seres humanos são os direitos à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade, à proteção contra o desconforto e o prejuízo, assim como, o direito a um tratamento justo e equitativo (Fortin, 1999 p. 128).

Para este estudo foi entregue o consentimento informado a cada entrevistada de forma ao esclarecimento das mesmas em relação à sua participação no estudo (anexo I) e pedida autorização para gravação áudio.

2.2 – Desenho da investigação

Atualmente, existe cada vez mais a necessidade de realizar investigação na área da enfermagem com o objectivo de melhorar a prestação de cuidados, aumentando assim a qualidade de vida da população.

Para iniciar uma investigação é necessário delinear uma área de trabalho, à qual corresponde uma problemática, que foi enunciada no início do estudo, com a finalidade de contribuir para a compreensão do fenómeno em estudo.

O desenho de investigação é o plano lógico criado pelo investigador com vista a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas (Fortin, 1999 p. 132)

2.3 – Tipo de estudo

Esta etapa da investigação é uma das mais importantes, uma vez que é através dela que serão obtidas respostas fiáveis à questão de investigação.

Segundo Fortin, “ o tipo de estudo descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação vise descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de causalidade.”

Segundo os objetivos definidos desta investigação o tipo de estudo escolhido foi o qualitativo do tipo fenomenológico (Fortin, 1999).

Para Van Maanen, citado por Fortin (1999, 148)

A fenomenologia é um movimento que provem (...). O que a caracteriza em relação a outros métodos qualitativos, é que ela procura descobrir a essência dos fenómenos, a su natureza intrínseca e o sentido que os humanos lhe atribuem.

Na abordagem qualitativa o investigador não se coloca como perito, dado que é de uma nova relação sujeito-objeto que se trata. (...) Em termos mais simples, numa abordagem qualitativa acontece frequentemente que se investiga «com» e não «para» as pessoas de interesse; certos investigadores vão ao ponto de designar os sujeitos do seu estudo como «co-investigadores» (Fortin, 1999 p. 148).

2.4 – População

A população (...) é o grupo sobre o qual o investigador tem interesse em recolher informação e extrair conclusões (Tuckman 1999, p.338).

Assim sendo, a população que se pretendeu estudar foram os cuidadores de doentes alectuados no domicílio pertencentes ao distrito do Porto.

2.5 – Amostra

A amostra é constituída pelos elementos desse grupo, seleccionados para participar no estudo. Ao restringir grandemente a população, é possível controlar um certo número de variáveis de selecção, susceptíveis de alguma confusão (Tuckman 1999).

Para este estudo, a amostra foi constituída por quatro cuidadoras de doentes alectuados no domicílio.

O critério para a inclusão no estudo foram:

Ser cuidador durante as vinte e quatro horas;

O doente, alvo dos cuidados, estar alectuado.

2.6 – Processo de Amostragem

O processo de amostragem utilizado neste estudo foi a amostragem não probabilística por Redes.

A amostragem por redes é uma técnica que consiste em escolher sujeitos que seriam difíceis de encontrar de outra forma (...). Esta técnica é também chamada de «em bola de neve».

Para obtermos respostas aos objetivos propostos optou-se pela amostragem por redes, que neste caso, após o conhecimento da primeira cuidadora e após a realização da primeira entrevista, nos deu o contato da segunda cuidadora e assim se procedeu até à quarta cuidadora entrevistada.

2.7 – Instrumento de Recolha de Dados

O processo de colheita de dados consiste em colher de forma sistemática a informação desejada junto dos participantes, com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos (...) (Fortin 1999, 261).

O instrumento para a recolha de dados foi uma entrevista semi – estruturada elaborada pela investigadora com a finalidade de obter respostas aos objetivos definidos no início do estudo (anexo II).

2.8 – Pré teste

Fortin (1999, p.373) define pré-teste como “ ensaio de um instrumento de medida ou de um equipamento antes da sua utilização em maior escala”.

Neste estudo foi efetuado o pré – teste a uma cuidadora com um familiar alectuado. Esta mesma cuidadora não foi incluída no estudo.

Foram necessários alguns reajustes às questões da entrevista por alguma dificuldade de compreensão por parte da cuidadora.

2.9 – Recolha de Dados

Segundo Fortin (1999, p.261) o “ (...) processo de colheita de dados consiste em colher de forma sistemática a informação desejada junto dos participantes, com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos (...) ”.

Estes dados foram recolhidos no período de 28 de Maio de 2012 a 8 de Junho 2012, no domicílio de cada uma das cuidadoras.

Antes de cada entrevista foi feita a apresentação do investigador e explicado o objetivo do estudo para que as entrevistadas fossem esclarecidas de todo o procedimento.

Posteriormente foi pedida a autorização e o consentimento das mesmas para a participação no estudo, bem como a sua autorização para a gravação da entrevista em suporte áudio.

2.10 – Tratamento de dados

Segundo Fortin (p.135, 1999) “O método de análise deve ser congruente em relação aos objetivos e ao desenho do estudo, segundo este vise descrever relações, verificar relações entre as variáveis ou comparar grupos. As análises estatísticas escolhidas devem respeitar os postulados referentes às modalidades de distribuição da população. As análises estatísticas devem também ser apropriadas á qualidade dos dados, quer estes sejam nominais, ordinais ou métricos”.

As entrevistas gravadas foram transcritas na íntegra. Cada descrição do sujeito de estudo – *verbatim* das entrevistas – foi analisada tendo em consideração os procedimentos da análise de conteúdo definidos por Bardin (1995, pág. 95)

Inicialmente, foram realizadas várias leituras sucessivas, verticais e minuciosas de cada uma das entrevistas, o que permitiu definir o corpus de análise.

O corpus é o conjunto de documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos (Bardin 1995, 96).

Posteriormente, foram delineadas as unidades de registo que, segundo Bardin (1995, 104), “(...) é a unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base visando a categorização (...)” . Quando existe ambiguidade na referenciação do sentido dos elementos codificados, é necessário que se definam unidades de contexto pois, como refere Bardin (1995, 107), estas servem “(...) de unidade de compreensão para codificar a unidade de registo e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões (superiores à unidade de registo) são ótimas para que se possa compreender a significação exata da unidade de registo”.

As unidades de registo podem ser de natureza e de dimensões variáveis (temas, palavras ou frases).

O tema é geralmente utilizado como unidade de registo para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências, etc. As respostas abertas, as entrevistas (não diretivas ou mais estruturadas), individuais ou de grupo (...) podem ser, e são frequentemente, analisadas tendo o tema por base (Bardin 1995, 106).

Tendo em consideração os objetivos desta investigação e a natureza do material a analisar, a determinação das unidades de registo foi realizada segundo uma análise de carácter temático, ou seja, foi utilizado o tema como unidade de registo. Segundo Berelson, citado por Bardin (1991, 105), o tema consiste numa “ (...) afirmação acerca do assunto. Quer dizer, uma frase, ou uma frase composta, habitualmente um resumo ou uma frase condensada, por influência da qual pode ser afetado um vasto conjunto de formulações singulares”.

Por fim, procedeu-se à categorização que, segundo Bardin (1995, 117) consiste na:

(...) operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género, com os critérios previamente definidos. As categorias, são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registo, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns destes elementos.

A categorização é um processo do tipo estruturalista, que tem como objetivo fornecer uma representação simplificada dos dados brutos. Pode ser efetuada segundo dois processos: por “caixas” (o sistema de categorias é fornecido inicialmente e os elementos são categorizados da melhor forma, à medida que vão surgindo) ou por “milha” (o sistema de categorias resulta da classificação analógica e progressiva dos elementos. O título concetual de cada categoria só é determinado no final da categorização). Visto que neste estudo foi utilizada uma metodologia qualitativa, do tipo fenomenológico, no sentido de compreender a realidade tal como ela é percebida pelos indivíduos, as categorias foram definidas posteriormente, uma vez que emergiram do corpus da análise.

III – FASE EMPÍRICA

Segundo Fortin (2003, pág. 41), a fase empírica “ (...) inclui a colheita de dados no terreno, seguida da organização e do tratamento dos dados”.

3.1 – Apresentação dos resultados

Para este estudo, a amostra foi constituída por quatro cuidadoras de doentes alectuados no domicílio, com idades compreendidas entre os 33 e os 52 anos de idade.

Quadro n.º 1 – Distribuição da amostra quanto à idade

Idade	fi
33	1
42	1
44	1
52	1
Total	n = 4

As cuidadoras estudadas têm idades compreendidas entre os 33 e os 52 anos de idade (quadro n.º 1)

Quadro n.º 2 – Distribuição da amostra quanto à escolaridade

Grau de Escolaridade	fi
4ª Ano (1º ciclo)	1
6º Ano (2º ciclo)	3
Total	n = 4

Quanto à escolaridade, uma das entrevistadas possui o 4.º ano e as restantes três possuem o 6.º ano de escolaridade.

Quadro n.º 3 – Grau de parentesco do cuidador

Grau de Parentesco	fi
Filha	3
Sobrinha	1
Total	n = 4

Quanto ao grau de parentesco, como se verifica no quadro n.º 3, as cuidadoras são na sua maioria filhas do doente alectuado e apenas uma é sobrinha.

Quadro n.º 4 – Cuidados prestados diariamente pelo cuidador

Categoria	Frequência (fi)	Unidade de Registo
Cuidados de Higiene	4	“... de manhã tenho que lhe dar banho...” E 4 “.... Banho, mudá-la, tudo....”E2
Alimentação	4	“... ajudar a partir a comida porque ela não tem força...” E3 “...preparar-lhe e dar-lhe o pequeno almoço....” E4
Posicionamentos	1	“... é preciso posicioná-la muitas vezes...” E2
Medicação	2	“... preparo-lhe e dou-lhe a medicação...” E 4
Afetos	1	“... e sobretudo carinho...” E1

Quando questionadas sobre os cuidados que realizam diariamente ao seu familiar verificou-se que todas as cuidadoras prestam cuidados de higiene assim como auxiliam na alimentação do mesmo (n=4).

Verificou-se que uma delas presta cuidados de posicionamento ao longo das 24h do dia, como afirma a entrevistada n.º 2 “...é preciso posicioná-la muitas vezes...”.

Duas das cuidadoras referem ainda que é necessário preparar e administrar medicação, e apenas uma considerou o afeto como sendo um cuidado que presta ao seu familiar: “...e sobretudo carinho...” E1.

Quadro n.º 5 – Aprendizagem de conhecimentos para Prestação dos Cuidados

Categoria	Frequência (fi)	Unidade de Registo
Através do enfermeiro	2	<p>“Foi a enfermeira...” E2</p> <p>“ Foram-me dando algumas explicações no hospital quando ela esteve internada.” E3</p>
Através de familiares	1	<p>“Desde pequena... foi uma tia minha que me ensinou...” E1</p>
Sozinho	1	<p>“Eu mesma sem ajuda de ninguém.” E4</p>

No que se refere à aprendizagem e aquisição de conhecimentos duas das quatro entrevistadas referem que tiveram a ajuda e orientação do enfermeiro: “Foi a enfermeira...” E2, “ Foram-me dando algumas explicações no hospital quando ela esteve internada.” E3.

Uma das entrevistadas refere que foi através de familiares que aprendeu “Desde pequena... foi uma tia minha que me ensinou...” E1, e a última refere que não teve ajuda de ninguém: “Eu mesma sem ajuda de ninguém.” E4.

Quadro n.º 6 – Dificuldades sentidas na Prestação dos Cuidados

Categoria	Frequência (fi)	Unidade de Registo
Higiene	1	“Dar banho... as condições não são as melhores...” E1
Alimentação	1	“Nesta fase alimentação... mas porque ela recusa.” E2
Gestão de Tempo	1	“... às vezes não tenho tempo para fazer algumas coisas...” E3
Nenhuma	1	“Neste momento nenhuma... Já tomo conta dela á algum tempo.” E4

Quando questionadas acerca das dificuldades que sentem diariamente na prestação de cuidados uma das entrevistadas referiu que apenas nos cuidados de higiene é que sente dificuldade: “Dar banho... as condições não são as melhores...” E1, outra referiu que sente dificuldade nos cuidados de alimentação: “Nesta fase alimentação... mas porque ela recusa.” E2, outra referiu dificuldades na gestão do tempo: “... às vezes não tenho tempo para fazer algumas coisas...” E3 e a ultima não referiu qualquer tipo de dificuldade: “Neste momento nenhuma... Já tomo conta dela á algum tempo.” E4.

Quadro n.º 7 – Instituição a que recorre em caso de dificuldade

Categoria	Frequência (fi)	Unidade de Registo
Centro de Saúde inscrito	2	<p>“Sim, recorro ao C.S.” E2</p> <p>“Às vezes ligo... quando vêm cá vão ensinando e eu vou perguntando...” E3</p>
Nenhuma	2	<p>“Não procuro, apenas procuro ajuda médica...” E1</p> <p>“Não recorro a lado nenhum...não está inscrita...” E4</p>

No que diz respeito à instituição a que recorrem quando têm dificuldades duas delas referiram que recorrem ao centro de saúde onde as suas familiares estão inscritas: “Às vezes ligo... quando vêm cá vão ensinando e eu vou perguntando...” E3 e as outras duas referem que não recorrem a nenhuma instituição porque não estão inscritas: “Não recorro a lado nenhum...não está inscrita...” E4.

Quadro n.º 8 – Tempo de resposta dada pela Instituição

Categoria	Frequência (fi)	Unidade de Registo
Resposta Adequada e Atempada	2	<p>“É dado muito a tempo... mal podem vêm...” E2</p> <p>“É, porque elas vêm cá diariamente...” E3</p>

Como foi visto no quadro n.º 7 apenas duas das doentes alectuadas estão inscritas no centro de saúde e, dessas duas as cuidadoras refere que quando necessitam de ajuda a resposta é dada adequada e atempadamente: “É dado muito a tempo... mal podem vêm...” E2

Quadro n.º 9 – Impacto na Saúde do Cuidador

Categoria	Frequência (fi)	Unidade de Registo
Nível Psicológico	4	<p>“... psicologicamente claro...” E1</p> <p>“Eu acho que é o psicológico...” E3</p> <p>“Ela tem uma personalidade muito complicada... parecendo que não isso para mim é um desgaste psicológico.” E4</p>
Nível Físico	4	<p>“... quero sempre fazer mais mas às vezes não tenho força para isso...” E1</p> <p>“...sinto-me cansada... já não tenho tempo para mim...” E2</p> <p>“Quando ela vai para a hemodiálise consigo descansar um bocado...” E3</p>

Nível Social	2	<p>“... não costumo sair muito...” E2</p> <p>“... podem dizer para sair mas a nossa cabeça está sempre aqui...” E3</p> <p>“Tive que deixar de trabalhar...” E3</p>
--------------	---	--

Quanto ao impacto que a atividade de cuidadora teve nas entrevistadas todas elas referiram desgaste a nível psicológico “Ela tem uma personalidade muito complicada... parecendo que não isso para mim é um desgaste psicológico.” E4, assim como a nível físico “...sinto-me cansada... já não tenho tempo para mim...” E2 (n=4). Apenas duas das entrevistadas referiram alterações a nível social “... não costumo sair muito...” E2.

3.2 Discussão de resultados

Após o tratamento de dados, é muito importante fazer uma reflexão sobre os resultados obtidos em estudo e confrontá-los com a opinião dos diferentes autores.

A nossa amostra tem idades compreendidas entre os 33 e os 52 anos e apresentam baixa escolaridade.

Quanto ao grau de parentesco os cuidadores são todos familiares, três delas são filhas e uma é sobrinha. Os autores (Ciro Augusto Floriani, 2004), referem que a família costuma ser a principal origem do cuidador e as mulheres adultas e idosas preponderam nestes cuidados. Sabe-se, também, que algumas situações costumam determinar esta escolha: proximidade parental (esposas e filhas), proximidade física, proximidade afetiva e o fato de ser mulher. Neste caso, verificou-se exatamente este pressuposto, ou seja, os cuidadores são todos do género feminino.

Sobre os cuidados prestados diariamente ao seu familiar, verificou-se que todas as cuidadoras prestam cuidados de higiene assim como auxiliam na alimentação do mesmo. Destaca-se também cuidados de posicionamento pois uma delas realiza mudanças de decúbito ao longo das 24h.

Duas das cuidadoras referem ainda que é necessário preparar e administrar medicação, e apenas uma considerou o afeto como sendo um cuidado que presta ao seu familiar. Como refere Santos (2004), os familiares são cada vez mais chamados e orientados para colaborar na continuidade da prestação dos cuidados, passando a realizar um conjunto de tarefas que até então tinham sido desempenhadas pelos profissionais dos serviços de saúde.

Podemos referir que o contributo dos cuidadores informais se torna fundamental para a prestação de cuidados ao idoso dependente no domicílio com necessidades de incentivos e de ajuda (Luís Ricarte, 2009).

No que se refere à aprendizagem e aquisição de conhecimentos, duas das quatro entrevistadas referem que tiveram a ajuda e orientação do enfermeiro e apenas uma das entrevistadas refere que foi através de familiares que aprendeu “Desde pequena... foi uma tia minha que me ensinou...” E1. A última refere que não teve ajuda de ninguém. Claramente, o papel do enfermeiro passa por possibilitar a autonomia, criar oportunidades, reforçar convicções e competências, respeitando as decisões e os ritmos de aprendizagem dos utentes, num processo de crescimento e desenvolvimento. Todo o enfermeiro deve ser, por inerência das suas funções, um educador para a saúde. (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, 1998).

Quanto ao impacto que a atividade de cuidadora teve nas entrevistadas todas elas referiram desgaste a nível psicológico, assim como a nível físico. Duas das entrevistadas referiram alterações a nível social.

Segundo Braithwaite (1992), a sobrecarga do Cuidador Informal é uma perturbação, resultante do lidar com a dependência física e a incapacidade mental do indivíduo alvo da atenção e dos cuidados.

Cuidar de idosos dependentes pode acarretar angústia, solidão, tensão, tristeza, alterações no bem-estar do cuidador a nível da sua saúde, da vida social, da disponibilidade económica, da rotina familiar, do desempenho profissional, levando ao aparecimento de níveis elevados de sobrecarga (Luís Ricarte, 2009).

IV – CONCLUSÃO

Fortin (2003, pág.42) “ (...) o investigador (...) pode tirar conclusões em relação com a teoria, a prática e a investigação, e propor recomendações, não somente para a prática mas também para investigações futuras”.

Não sendo a idade biológica um indicador preciso das alterações que acompanham o envelhecimento, a probabilidade de experimentar graves incapacidades físicas e cognitivas aumentam significativamente nas idades mais avançadas e o grupo dos «mais idosos» é o que tem evidenciado o mais rápido crescimento, em Portugal e no Mundo (WHO, 2002).

Também a doença não é sinónimo de envelhecimento, mas alguns estudos utilizando uma metodologia longitudinal, como os de (Ermida, 1999; Hall, MacLennan e Lye, 1997) confirmam o aumento exponencial da doença com a idade. São habitualmente doenças de longa duração, denominadas doenças crónicas, que não sendo exclusivas das pessoas idosas, são efetivamente estas que têm maior probabilidade de as sofrer (Ribeiro, 2005). Segundo este autor, estas doenças têm que ser geridas, dado que não são curáveis, pelo que neste contexto o idoso/ família têm de aprender a conviver com elas no seu quotidiano.

Este projeto de graduação pretendeu estudar As dificuldades do cuidador do doente alectuado no domicílio.

Durante a realização deste estudo surgiram algumas dificuldades, nomeadamente a sua elaboração, devido ao facto de ser o primeiro trabalho de investigação. No entanto foi um projeto gratificante, contribui para o crescimento e enriquecimento pessoal da investigadora e, permitiu também dar algumas respostas aos objetivos estabelecidos no início do estudo.

Pôde verificar-se que a totalidade das entrevistadas eram do sexo feminino e possuíam um grau de escolaridade baixo.

Verificou-se ainda que os cuidados prestados ao doente alectuado que têm ao seu encargo, são os cuidados de higiene, alimentação e medicação.

Em relação ao apoio que possuem da parte dos profissionais de saúde algumas referiram que se sentiam apoiadas.

Por fim, em relação ao impacto que esta atividade de cuidadoras tem na vida das mesmas todas referiram desgaste a nível físico e psicológico.

BIBLIOGRAFIA

Araújo, F. et al. (2007). *Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/multimedia/rpsp2007-2/05.pdf>>. [Consultado em 01/09/2012].

Cattani, R.; Perlin, N. (2004). *Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares*. Revista Eletrônica de Enfermagem - Vol. 06, Num. 02, 2004 - ISSN 1518-1944. Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás - Goiânia (GO - Brasil). [Em linha]. Disponível em <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/812/929>>. [Consultado em 23/7/2012].

Floriani, C. (2004). *Cuidador familiar: sobrecarga e proteção*. Revista Brasileira de Cancerologia 2004; 50(4): 341-345. [Em linha]. Disponível em <http://www.inca.gov.br/rbc/n_50/v04/pdf/secao5.pdf> [Consultado em 25/7/2012].

Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures. Lusociência.

Gonçalves, L. et al. (1996). *O cuidado do idoso fragilizado e de seus Cuidadores no contexto domiciliar*. [Em linha]. Disponível em <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2.2.4/index.php/cogitare/article/viewFile/8736/6057>>. [Consultado em 01/09/2012].

Lakatos, E. M.; Marconi, M. A. (1995). *Metodologia do trabalho Científico*. (4ª Ed). São Paulo: Atlas.

Martins, T. et al. (2003). *Estudo de validação do questionário de avaliação Da sobrecarga para cuidadores informais*. Escola Superior Enfermagem São João; Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto; Faculdade de Medicina – Universidade do Porto; Hospital de S. João, Porto. [Em linha]. Disponível em <<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v4n1/v4n1a09.pdf>>. [Consultado em 30/7/2012].

Rodrigues, M.; Almeida, R. (2005). *Papel do responsável pelos cuidados à saúde do paciente no domicílio - um estudo de caso*. [Em linha]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n1/a03v18n1.pdf>>. [Consultado em 23/07/2012].

Santos, G. (2002). *Os conceitos de saúde e doença na representação social da Velhice*. Revista Virtual Textos & Contextos, nº 1, nov. 2002. [Em linha]. Disponível em <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/937/717>>. [Consultado em 24/7/2012].

Santos, P. (2004). *O Familiar Cuidador em Ambiente Domiciliário*. [Em linha]. Disponível em <http://cuidadoscontinuados.no.sapo.pt/tese/I_1.pdf>. [Consultado em 24/7/2012].

Souza, F. ;Souza, D. (2011). *Formular Questões de Investigação no Contexto do Corpus Latente na Internet*. Internet latent corpus journal vol. 2 n. 1 - ISSN 1647-7308. Universidade de Aveiro – Portugal. [Em linha]. Disponível em <<http://revistas.ua.pt/index.php/ilcj/article/view/1275>>. [Consultado em 01/09/2012].

Oliveira, M. et al. (2007). *O conceito de cuidador analisado Numa perspectiva autopoiética: do caos à autopoiése*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v8n2/v8n2a03.pdf>>. [Consultado em 25/7/2012].

ANEXOS

Anexo I – Consentimento informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Investigadora: Sara Filipa Paquete Franco, aluna a frequentar o 4º ano do curso de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, estando a realizar um trabalho de investigação, cujo tema é:

“Quais as dificuldades dos cuidadores ao idoso alectuado no domicílio?”.

Reconheço que os procedimentos de investigação me foram explicados e que me responderam de forma satisfatória a todas as minhas questões. Advertiram-me das outras possibilidades quanto à participação neste estudo. Compreendo igualmente as vantagens que há da participação neste estudo. As possibilidades de risco e de desconforto foram-me igualmente explicadas. Compreendo que tenho o direito de colocar, agora e durante o desenvolvimento do estudo, qualquer questão sobre o mesmo, a investigação ou os métodos utilizados. Asseguram-me confidencialidade e anonimato.

Pelo presente documento eu consinto a minha participação neste estudo.

Data: ____/____/____

Desde já agradeço a sua colaboração!

Anexo II – Guião da entrevista

GUIÃO DE ENTREVISTA

Sara Filipa Paquete Franco, aluna a frequentar o 4º ano do curso da Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa, encontra-se a realizar um trabalho de investigação cujo tema é: *“As Dificuldades dos cuidadores do doente alectuado no domicílio”*.

Os objetivos do estudo são conhecer quais os principais cuidados prestados ao doente alectuado, qual a informação recebida à data de alta e qual o impacto na saúde do cuidador na prestação desses mesmos cuidados.

No sentido de atingir os objetivos referidos, solicito a sua colaboração para a realização de uma entrevista.

Todos os dados recolhidos são anónimos e confidenciais, após a autorização do entrevistado através do Consentimento Informado.

A entrevista terá uma duração aproximada de 30 minutos.

A aluna _____,
Sara Filipa Franco

GUIÃO DE ENTREVISTA

N.º de entrevista	
Grau de parentesco do cuidador:	
Idade:	
Sexo:	
Escolaridade do cuidador:	

Questão nº 1: Quais os cuidados que presta diariamente ao seu doente?

Questão nº 2: Como aprendeu a prestar esses mesmos cuidados? Quem a preparou?

Questão nº 3: Quais os cuidados que sente mais dificuldade em prestar?

Questão nº 4: Quando surgem dificuldades na prestação de cuidados a que instituição recorre?

Questão nº 5: Quando pede ajuda, a resposta é dada atempadamente?

Questão nº 6: Acha que a sua atividade de cuidador afetou a sua saúde? De que forma?